

福祉用具購入が必要である旨の理由書

フリガナ		被保険者番号					
被保険者氏名							
生年月日	昭和 年 月 日	性別		男 ・ 女			
住 所	〒 電話番号						
福祉用具種類 (該当箇所に ○を付ける)	<p>1 腰掛便座</p> <p>2 特殊尿器</p> <p>3 入浴補助用具</p> <p style="margin-left: 20px;">①入浴用いす</p> <p style="margin-left: 20px;">②浴槽用手すり</p> <p style="margin-left: 20px;">③浴槽内いす</p> <p style="margin-left: 20px;">④入浴台</p> <p style="margin-left: 20px;">⑤浴室内すのこ</p> <p style="margin-left: 20px;">⑥浴槽内すのこ</p> <p>4 簡易浴槽</p> <p>5 移動用リフトのつり具の部分</p> <p style="text-align: center;">* 複合的機能を有する福祉用具については、それぞれ該当する箇所に○を付けてください。</p>						
福祉用具購入が 必要な理由							
<p>上記のとおり、福祉用具購入の必要性を認めます。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="margin-left: 40px;">事業所名</p> <p style="margin-left: 40px;">代表者名</p> <p style="margin-left: 40px;">所在地</p> <p style="margin-left: 40px;">電話番号</p> <p style="margin-left: 40px;">記入者</p>							